



دانشگاه علوم پزشکی  
و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر

«مدیریت پژوهشی»

گزارش نهایی طرح پژوهشی

«بررسی مقایسه ای شیوع وعوامل مرتبط با آن در زنان خانه دار و کارمند شهر بوشهر ۱۳۹۲»

مجری طرح سید محسن هاشمی

همکاران طرح: محبوبه میرزایی؛ فروغ کشاورزی، الهه سخایی

سال ۹۳-۱۳۹۲

## فهرست:

<u>صفحه</u>	<u>عنوان</u>
۱	خلاصه گزارش
۲	مقدمه
۵	مروری بر مطالعات گذشته
۸	روش کار
۹	یافته ها
۱۲	بحث و نتیجه گیری
۱۳	فهرست منابع

## خلاصه گزارش

**سابقه و هدف:** تقریباً نیمی از جمعیت هر جامعه را زنان تشکیل می دهند و سلامت آنان زیر بنای سلامت خانواده و به دنبال آن جامعه است. بنابر این مشکلات آنان، از جمله افسردگی، که یکی از اختلالات شایع روانی بزرگسالان است، بر سلامت روانی خانواده و حتی نسل بعد موثر است. اساس افسردگی هایی که دامنگیر زنان خانه دار می شود ناشی از احساس بطلالت در گذر عمر است و افسردگی زنان کارمند نیز متأثر از دو وظیفه سنگین مادری و همسری و کار خارج از محیط خانواده است. هرچند افسردگی خفیف نمی تواند یک بیماری تلقی شود و در واقع یک نوع واکنش در برابر حوادث زندگی است ولی احساس بیپهودگی و ملالت تدریجی از عوامل تشدید کننده آن است در حقیقت نوعی کسالت مزمن را ایجاد می کند که با شدت خود، ادامه زندگی را برای شخص غیر ممکن می سازد و در بعضی مواقع حتی منجر به خود کشی می شود؛ این پژوهش تلاشی است در جهت تعیین میزان شیوع افسردگی در بین زنان خانه دار و کارمندشهر بوشهر و همچنین مشخص کردن عوامل مرتبط با آن تا براساس آن برنامه ریزی و ارائه خدمات بهداشتی درمانی بشکل موثر تری صورت پذیرد.

**مواد و روش کار:** این مطالعه از نوع توصیفی - تحلیلی مقطعی بوده است. جمعیت مورد مطالعه ۳۲۲ زن خانه دار ۳۲۲ و زن کارمندشهر بوشهر بوده است که از ۲۰ بهمن ماه تا ۲۳ اسفند ماه ۱۳۹۲ به چهار مرکز بهداشتی درمانی شهری که بصورت تصادفی از بین هشت مرکز فعال انتخاب شده بودند مراجعه کرده اند. اطلاعات مورد نیاز با استفاده از پرسشنامه استاندارد و بومی شده "بک" که مشخصات دموگرافیک نیز توسط پژوهشگران با آن ضافه شده، جمع آوری شده و داده ها با استفاده از نرم افزار کامپیوتری SPSS18 و با تستهای آماری -T-test، ANOVA، رگرسیون و شاخصهای مرکزی تجزیه و تحلیل گردیده است.

**یافته ها:** میانگین سن زنان مورد مطالعه  $31 \pm 1/3$  و میانگین سن همسران آنان  $35/3 \pm 1/7$  سال، ۲۰٪ زنان و ۲۱٪ از همسران آنان سطح سواد کمتر از سیکل ۳۱٪ زنان و ۳۵٪ همسران آنان تحصیلات دانشگاهی داشته و ۲۳٪ نیز مهاجر بوده اند. ۹۴٪ زنان و ۸۶٪ همسرانشان واجد اعتقادات مذهبی بوده و ۹۴٪ زنان اعتقاد داشته اند که همسرانشان نسبت به آنها وفا دارند. ۳۸٪ آنان نیز اخیراً مرگ نزدیکان خود را تجربه کرده اند.

**مقدمه :** تقریباً نیمی از جمعیت هر جامعه را زنان تشکیل می دهند و سلامت آنان زیر بنای سلامت خانواده و به دنبال آن جامعه است. بنابر این مشکلات آنان، از جمله افسردگی، که یکی از اختلالات شایع روانی بزرگسالان است، بر سلامت روانی خانواده و حتی نسل بعد موثر است به اعتقاد جامعه شناسان فراغت تجربه ای است که فرد هنگام رهایی از الزامات کار روزانه بر اساس تمایلات و ره یافته‌های شخصی و مشارکت داوطلبانه متناسب با نیاز و ذوق خود انتخاب می کند تا جسم، فکر و شخصیت او رشد و پرورش یابد. گذران اوقات فراغت به شکل هدفمند، اصولی و برنامه ریزی شده از ضروریات زندگی امروزی انسان است و دگرگونی جوامع بشری، توجه به چگونگی بهره گیری از اوقات فراغت را از اهمیت بسزایی برخوردار کرده است.

اگر چه همواره بیشتر توجهات به اوقات فراغت کودکان و نوجوانان بوده است، اما در این میان اوقات فراغت زنان خانه دار مسأله ای مهم و در خور توجه است. زنان پایه های اصلی شکل گیری یک خانواده سالم هستند و نقش انکار ناپذیر در حفظ سلامت روان بقیه افراد خانواده را دارند. از این نظر بسیاری از زنان خانه دار خارج از مشغله های روزانه و کار بیرون از خانه، یا فراغتی محدود، اندک و تکه تکه دارند یا فراغت دارند اما آن را در تنهایی بدون داشتن برنامه ای از پیش اندیشیده شده می گذرانند، برای بیشتر آنها فراغت یعنی تماشای تلویزیون یعنی فیلم و سریال در اوقات بیکاری، یعنی خرید و بالا و پایین کردن مغازه ها. اما حکایت اوقات فراغت زنان به همین جا ختم نمی شود.

بسیاری از زنان خانه دار از اوقات فراغت خود احساس رضایت نمی کنند. بر این اساس افسردگی هایی که دامنگیر زنان خانه دار می شود ناشی از احساس بطالت در گذران عمر است. در هر حال به اعتقاد بسیاری از کارشناسان روانشناسی اجتماعی، زنان خانه داری که نمی توانند از اوقات فراغت و بیکاری خود استفاده بهینه بکنند، بیشتر در معرض احساس ناامنی روانی و افسردگی قرار دارند. این نوع احساس افسردگی و ناامنی می تواند تأثیری مخرب بر خانواده بگذارد و نظام خانواده را با آسیب جدی مواجه سازد. روی آوردن زنان به اشتغال در خارج از مرزهای خانواده، هم آزادیهای نوین و هم قبول مسئولیت های جدید را ایجاد می کند. از یک سو کار در محیط خارج از خانه سبب می شود که تعاملات اجتماعی فرد بالا برود، آشنائی با نقاط قوت و ضعف خود بیشتر شود، امکان مقایسه ویژگی ها و توانایی های ذهنی و جسمی خود با دیگران در سطح و ردیف خود بدست آورده و فرد با واقع بینی بیشتری نسبت به رفع مشکلات زندگی اقدام نماید و از سوی دیگر شواهدی از فشارهای روانی به چشم می خورد که با پرداختن به کار خارج از خانه همراه است افسردگی موجب می گردد توانایی مادر در ایفای

مسئولیت هایش تحلیل یابد و حتی ممکن است با واکنش های منفی، موجبات رشد نامتناسب کودک را فراهم سازد با توجه به اهمیت و نقش مهمی که افسردگی بر شرایط جسمانی، روانی، اجتماعی و اقتصادی خانواده و جامعه دارد و نظر به اینکه افسردگی نسبت به سایر بیماری های روانی از قابل علاج ترین بیماری هاست و با دخالت در موقع، تقریباً ۸۰ درصد افسردگی های جدی مهار می گردد

سلامت روانی زنان که غالباً دارای نقش مادری و همسری نیز هستند در سلامت خانواده و جامعه نقش موثری دارد و از آن جا که غالب آنان درگیر کارهای تکراری، بی وقفه و گاه ملال آور خانگی هستند بازآفرینی قوای جسمانی و روانی آنها از اهمیت زیادی برخوردار است. لذا هر چه اوقات فراغت زنان خانه دار با برنامه ریزی و رضایت بیشتری همراه باشد از بهداشت روانی بیشتر و روحیه شادتری برخوردار خواهند بود. (۱)

افسردگی نوعی حالت روحی است که گاه در نتیجه نداشتن شغلی درخور توجه، در انسان به وجود می آید. هیچ انسانی از افسردگی و اضطراب مصون نیست. هر فردی در طول عمر خود بالاخره طعم ناگوار محرومیت، یأس، سرخوردگی و ماتم را می چشد، ولی این حالت هیچوقت نمی تواند یک بیماری تلقی شود؛ بلکه در واقع یک نوع واکنش در برابر حوادث ناگوار زندگی است. احساس بیهودگی و ملالت تدریجی نیز از عوامل تشدید کننده این حالت محسوب می شود به طوری که نوعی کسالت مزمن را به وجود می آورد که با شدت خود ادامه زندگی را برای شخص غیرممکن می سازد و در بعضی موارد حتی منجر به خودکشی می شود. در این صورت نمی توان افسردگی را یک حالت دانست بلکه یک نوع بیماری روانی است که درمان قطعی نیز ندارد و تنها درمان آن به دست خود شخص بیمار است.

زنان خانه دار به دلیل آنکه بیشتر اوقات زندگی خود را در خانه به سر می برند و با انجام کارهای تکراری و روزمره به نوعی خستگی روحی می رسند، در زمره این افراد قرار می گیرند. این قبیل زنان همواره از دردهای جسمانی می نالند. در حالی که غالب خستگی های روزمره آنها ناشی از حالات فکری نظیر عصبانیت - ملالت - قدرناشناسی افراد و بیهودگی نسبت به زندگی است و در حقیقت خستگی که صرفاً جنبه جسمانی داشته باشد وجود ندارد. بیشتر حالات فوق را در زنانی می توان مشاهده کرد که به تازگی زندگی مشترک خود را شروع کرده اند و دارای فرزند نیستند و در واقع انتظارات بیشتری را نسبت به زنان دیگر از همسران جوان خود دارند. درحالی که در جامعه امروز ایران، مردان به دلیل وضعیت ناهنجار اقتصادی، اوقات بیشتری را در خارج از خانه صرف می کنند و برای دستیابی

به یک زندگی ایده آل مجبورند که در روز دو یا سه شیفت کاری داشته باشند و این عدم حضور طولانی آنها در خانه بیشترین صدمه را متوجه همسران و در بعضی موارد متوجه فرزندان آنها می کند و همین احساس که توجهی نسبت به آنها نمی شود کم کم در آنها حالات روحی افسردگی ایجاد می کند.

عواملی که باعث بروز افسردگی در میان زنان خانه دار می شود شامل احساس تنهایی، ترک خانه توسط فرزندان ، کار بدون دستمزد، فقر اقتصادی ، بها ندادن به ارزش اقتصادی و اجتماعی در جامعه و ... از جمله علل بروز افسردگی در میان زنان خانه دار است. به گزارش سلامت نیوز افسردگی بیماری شایع عصر ماست و در تمامی جهان روند فزاینده ای دارد. این در حالی است که حدود نیمی از مبتلایان به افسردگی یا از بیماری خود بی خبرند یا بیماری آنها چیز دیگری تشخیص داده شده است.(۲)

## مروری بر مطالعات قبلی :

دکتر انور صمدی راد « جامعه شناس » سن افسردگی زنان خانه دار از سن ۳۷ سالگی به بعد شروع به دنبال بروز علائم یائسگی تشدید می شود. مشکلات اقتصادی و اجتماعی فعلی جامعه بر افزایش افسردگی زنان خانه دار تأثیر گذار بوده چرا که مردان به منظور تأمین نیازهای اقتصادی خانواده اکثراً دو یا حتی چند شغله اند در برخی استان های کشور به دلیل رفتارهای بد خانواده و سنتی برخورد کردن با زنان، میزان افسردگی بیشتر است . لذا، وقتی زن باید با حداقل درآمد شوهر مدیریت خانه را به نحو احسن انجام دهد و هرگونه رفتاری را از سوی شوهر و یا فرزندان و اطرافیان را تحمل کند و سنگ صبور همه باشد، در مقابل، کسی به حرف او گوش ندهد، معلوم است که افسردگی در بین این قشر بیشتر می شود شیوع اختلالات روانی در میان زنان ۲۶ درصد و مردان ۱۵ درصد اعلام شده است. یعنی شاهد اختلاف ۱۱ درصدی شیوع افسردگی در خانمها نسبت به آقایان هستیم

طبق مطالعه انجام شده بر روی زنان ساکن تهران شش عامل تأثیر گزار بروز افسردگی عبارتند از : تبعیض جنسیتی، تلاش طاقت فرسا ، مشکلات اقتصادی، اشتغال مناسب ، ورزش بانوان ، رشد فرهنگی و تحصیلات . (۱)

در شهر رفسنجان مطالعه ای جهت تعیین میزان شیوع افسردگی در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر رفسنجان انجام شده بود. ارتباط معنی داری بین سن ، وضعیت تاهل ، شغل همسر و میزان درآمد خانواده با شیوع افسردگی وجود نداشت. این مطالعه نشان داد شیوع افسردگی در زنان خانه دار ، سنین بالای ۴۰ سال ، مجردها و زنانی که همسرشان درآمد ثابت نداشته است ، بیشتر بوده است . افسردگی شدید در زنانی که تحصیلات دانشگاهی داشتند وجود نداشت . (۲)

همچنین مطالعه در رابطه با افسردگی و بارداری ناخواسته در شهر بوشهر انجام شده است که نشان می دهد که مادرا نی که تولدهای ناخواسته دارند ، دچار سطح بالائی از افسردگی هستند. شیوع این مشکل در زنان خانه دار و در همسران کارگران و در زنان با سن بالای ۳۵ سال با سطح تحصیلات پایین بیشتر خود را نشان می دهد (۳)

مطالعه ای در رابطه با افسردگی در دانش آموزان دبیرستان دخترانه شهر ارومیه نشان داده است که افسردگی یکی از شایع ترین و ناتوان کننده ترین مشکلات جوانان و نوجوانان است . و عوارضی از قبیل کاهش انرژی و علاقه، احساس

گناه، اشکال در تمرکز، بی اشتیاهی و افکار مرگ و خود کشی در پی داشته و همچنین تغییر در سطح فعالیت، توانایی های شناختی، تکلم، وضعیت خواب، اشتها و سایر

ریتم های بیولوژیک . (۴)

مطالعه دیگری نشان داد افسردگی در بین زنان میانسال شهر کرمانشاه شیوع بالایی دارد . (۵)

اختلال افسردگی در زنان ساکن در مناطق مسکونی الوند و صنعتی قزوین با عوامل خطر افسردگی از قبیل بی سوادی ، وجود وام قابل توجه در خانواده ، فقدان پشتیبانی عاطفی - روانی ، بی سوادی نان آور خانوار، سابقه واقعه ماندگار، فوت مادر، مجادله مستمر مادر با شوهر یا فرزندان ، مهاجرت به منطقه بدون اینکه وابستگان درجه اول از قبل در آنجا باشند، بیکاری شوهر ، ناپایداری شغل شوهر ، طبقه ی اجتماعی پایین و تاهل ارتباط معناداری داشت. (۶)

طبق مطالعات انجام شده در بیرجند افسردگی در گروه سنی زیر ۳۰ سال زنان متأهل زیاد بوده که منجر به خودکشی شده است. (۷)

مطالعه ای که بر روی پناهندگان افغانی مقیم اردوگاه بردسیر کرمان صورت گرفته نشان داد که شیوع افسردگی در این پناهندگان پس از مهاجرت افزایش یافته است. (۸)

در طی مطالعه انجام شده در عشایر ایل بختیاری میزان شیوع افسردگی در بین افراد مجرد، افراد خانه دار و بیکار در گروه های سنی زیر ۲۰ سال و بالای ۵۰ سال در جامعه عشایری در مقایسه با سایر مطالعات انجام شده در استان چهارمحال و بختیاری بیشتر می باشد (۹)

در پژوهشی تحت عنوان ارتباط رده شغلی و سلامت روان در زنان شاغل نشان دادند که بین سلامت روان زنان و رده های شغلی، ارتباط معنی داری وجود دارد در مقایسه دو به دو رده های شغلی، یافت همه نشان دادند که اختلاف معنی داری بین سلامت روان زنان شاغل در رده شغلی مدیران با زنان شاغل در رده شغلی کارشناسان وجود دارد و زنان در رده شغلی مدیران از سلامت روان کمتری نسبت به رده بعدی خود یعنی کارشناسان برخوردار می باشند بنا بر یافته های پژوهش میتوان نتیجه گرفت که رده های شغلی با توجه به ویژگیها و شرایطی که دارد میتواند ارتباطی بر افزایش یا کاهش سلامت فرد شاغل به عنوان یک تعیین کننده اجتماعی سلامت، داشته باشد (۱۰)



در پژوهشی که بر روی زنان شاغل دانشگاه علوم پزشکی و آموزش و پرورش زنجان انجام شد ارتباط معنی داری بین افسردگی و میزان تحصیلات، شغل، میزان تحصیلات همسر و وضعیت مالی خانواده وجود دارد. شیوع افسردگی در زنان شاغل، در محدوده متوسط افسردگی است. (۱۱)

## روش کار:

این مطالعه یک مطالعه توصیفی - تحلیلی مقطعی بوده که شیوع افسردگی و عوامل موثر بر آن را به طور مقایسه ای بین زنان خانه دار و کارمند مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر را مورد بررسی قرار داده است. حجم نمونه مورد نظری  $\alpha = 0.05$  و  $d = 0.05$  و  $p = 0.30$  برابر با ۳۲۲ نفر زن خانه دار و ۳۲۲ نفر زن کارمند مورد مطالعه قرار گرفتند. جهت جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه پژوهشگر ساخته که حاوی اطلاعات دموگرافیک از قبیل سن، جنس، تاریخ آخرین زایمان، تعداد فرزندان سن و تحصیلات همسر و تحصیلات خود فرد و فاصله محل سکونت تا محل کار و مدت زمان و روز کار در هفته و میزان استرس محل کار و یک سری سوالات راجع به اعتقادات مذهبی استفاده گردید. جهت تعیین درصد افسردگی از تست استاندارد بک که حاوی ۲۱ سوال بود بهره گرفته شد. پرسشنامه ها بین افراد مراجعه کننده توزیع و پس از تکمیل، جمع آوری گردید، سپس نتایج تست بک بر اساس شدت نشانه افسردگی از ۰ تا ۴ نمره گذاری شد (به فرد طبیعی نمره صفر و به افسردگی خفیف نمره ۱ و به افسردگی متوسط که با مشورت پزشک نیاز دارد نمره ۲ به افسردگی شدید نمره ۳ و به افسردگی خطرناک نمره ۴ داده شد)، اطلاعات پس از پردازش با نرم افزار SPSS 19 و با استفاده از آزمون آماری کای دو و تی تست تجزیه تحلیل گردیده و نتایج ارائه شده است.